REVUE
DE
GYNÉCOLOGIE
ET DE
CHIRURGIE ABDOMINALE

PARAISSANT TOUS LES DEUX MOIS

SOUS LA DIRECTION DE

S. POZZI

Professeur de clinique gynécologique à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital Broca,
Membre de l'Académie de médecine.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION

F. JAYLE

EXTRAIT

Kystes hydatiques du ligament large et du grand épiploon, par M. Savariaud.

(*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale.* N° 6. — Novembre-Décembre 1903.)

PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN (6e)

REVUE DE GYNÉCOLOGIE ET DE CHIRURGIE ABDOMINALE

La Gynécologie, qui a été longtemps considérée comme une simple dépendance de l'Obstétrique, est devenue de nos jours une branche importante de la Chirurgie. S'il en est ainsi dans tous les pays, nulle part ce mouvement n'a été plus marqué que dans le nôtre.

Tous ceux qui s'en occupent d'une façon spéciale, et qui, par suite, sont devenus des laparotomistes exercés, ont été amenés à étudier particulièrement la chirurgie abdominale. Ainsi, par une pente naturelle, Gynécologie et Chirurgie abdominale se sont trouvées intimement associées et dans la pratique et dans la théorie.

La présente publication consacre cet état de choses. Placée sous la direction d'un des chirurgiens des hôpitaux de Paris les plus versés dans cette double étude, elle fait une part égale à la Gynécologie et à la Chirurgie abdominale. Sous ce dernier terme, est réuni tout ce qui a rapport aux parois de l'abdomen et à son contenu, y compris le rectum, à cause de ses affinités nombreuses au point de vue clinique et opératoire avec le reste du tube digestif. Exception est faite seulement de ce qui a trait uniquement au sexe masculin dans les organes génito-urinaires, ou de ce qui est notoirement du ressort de l'urologie.

L'esprit dans lequel a été conçue cette publication est le même que celui qui a présidé à la rédaction du *Traité de Gynécologie clinique et opératoire* de son directeur. Chirurgien français, il s'attache surtout à faire connaître les travaux français. Mais, persuadé que, de nos jours, l'horizon scientifique ne saurait être borné par des frontières, il s'efforce aussi de donner à la *Revue* un caractère international. Les travaux étrangers y sont largement analysés; en outre, les colonnes de la *Revue* sont ouvertes aux chirurgiens et gynécologistes de tous les pays qui veulent bien y publier leurs recherches originales.

Le but de cette publication est non seulement de donner une idée complète du mouvement scientifique contemporain en France et à l'étranger, mais encore de contribuer, pour sa part, aux progrès d'une des branches de la Chirurgie qui ont le plus bénéficié de l'ère nouvelle inaugurée par les travaux de Pasteur.

CONDITIONS DE LA PUBLICATION

La **Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale,** *publiée en 6 fascicules de chacun 160 à 200 pages, paraît tous les deux mois; elle forme chaque année un fort volume très grand in-8°.*

Les fascicules sont accompagnés de figures dans le texte et de planches hors texte en noir et en couleurs. Ils comprennent des Mémoires originaux; des Revues critiques; des Analyses des journaux français et étrangers, et un Bulletin bibliographique.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL :

France (Paris et Départements) . . . . **28 fr.**
Etranger (Union postale). . . . . **30 fr.**

Les fascicules sont vendus séparément au prix de 6 francs.

Les auteurs reçoivent 100 exemplaires de leurs mémoires : ils ne peuvent en faire tirer davantage, même à leurs frais.

(*Voir page 3 de la couverture la liste des Mémoires publiés en 1902.*)

KYSTES HYDATIQUES

DU LIGAMENT LARGE ET DU GRAND ÉPIPLOON[1]

Par M. SAVARIAUD

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX DE PARIS

Les kystes hydatiques du péritoine du cul-de-sac de Douglas et du ligament large sont généralement multiples. Quand, au cours d'une laparotomie, le chirurgien en découvre un, il doit inspecter soigneusement la cavité abdominale et ne refermer le ventre que lorsqu'il est bien certain qu'il n'existe pas dans l'épiploon, dans le foie, dans la rate une seconde ou une troisième tumeur, trop petite sans doute pour être décelée par l'examen clinique, mais assez volumineuse cependant pour ne pas échapper à un examen direct. C'est à ce titre et aussi à cause du peu de fréquence de ces kystes abdominaux que je publie l'observation suivante.

OBSERVATION

Une femme de 30 ans, arrive dans le service de mon maître M. Reynier, que j'ai l'honneur de suppléer à l'hôpital Lariboisière, à la suite d'une poussée de pelvipéritonite survenant au cours d'une bonne santé habituelle. Elle a eu un enfant il y a neuf ans, elle a toujours été bien réglée, perdait un peu plus peut-être que normalement, mais n'a jamais eu de métrorragies. En l'examinant on constate l'existence d'une tumeur latérale droite, empiétant largement sur la ligne médiane, dépassant un peu le pubis, de contour régulièrement arrondi, très ferme à la palpation et paraissant faire corps avec l'utérus dont on n'arrive pas à retrouver le fond. La tumeur bombe dans le cul-de-sac antérieur et droit. Le col est petit, refoulé en haut et à gauche, il est absolument immobilisé par la tumeur qui est enclavée dans le bassin. A gauche, on sent sous la paroi un petit marron qu'on prend pour un fibrome sous-péritonéal et qui devait être l'ovaire gauche. En raison de la dureté de la tumeur et de la présence de cette saillie marronnée, on diagnostique un

---

1. Communication faite au Congrès de chirurgie, 1903, séance du samedi 24 Octobre.

fibrome enclavé dans le bassin, et cela malgré l'absence de métrorragies véritables. Le cathétérisme utérin qui aurait pu nous éclairer n'a pas été pratiqué.

Le 16 Avril 1903, je pratique la laparotomie. Sitôt le ventre ouvert, je constate que l'utérus n'est pas en cause car son fond émerge du petit bassin et à sa droite est accolée une tumeur blanchâtre, arrondie, rénittente et absolument indépendante des ovaires et des trompes, qui sont dans un état complet d'intégrité, à l'exception de quelques adhérences. A partir de ce moment je soupçonne l'existence d'un kyste hydatique. Plusieurs ponctions restent infructueuses, la canule étant bouchée par des débris de membranes. A la fin, pourtant on évacue un verre de liquide absolument incolore. La poche se crève et il en sort une quantité considérable d'hydatides : un plein verre au minimum; les plus grosses sont du volume d'une noix, les plus petites ressemblent à des grains de raisin de Muscat. J'essaie en vain de luxer la tumeur hors du Douglas ; elle soulève le péritoine pelvien en s'en coiffant. Section du ligament large droit, en dehors des annexes. Dissection mousse de la tumeur ; ligature dans la profondeur d'une grosse artère qui rampe à la surface du kyste et qui est sans aucun doute l'utérine. La dissection n'avançant pas suffisamment à mon gré du côté de la tumeur, et celle-ci paraissant fusionnée avec le corps de l'utérus, je prends le parti d'enlever cet organe pour me donner du jour. Ablation sus-vaginale de l'utérus par le procédé américain en commençant par le côté gauche, côté opposé à la tumeur. En même temps que l'utérus et les annexes j'enlève d'un seul bloc la plus grande partie du kyste à l'exception de son pôle inférieur qui adhère au fond du pelvis et contient encore un nombre considérable d'hydatides. J'évacue ces derniers et je cherche à enlever ce qui reste du kyste. A ce moment j'aperçois l'uretère droit accolé étroitement à sa paroi. Il est transparent et laisse voir son contenu. Je le dissèque avec une compresse et au prix de quelques difficultés, j'arrive à le libérer sur une étendue de 8 à 10 centimètres. Résection de la partie flottante de la poche kystique, capitonnage du reste qui est large comme une main d'enfant. Drainage au moyen d'une mèche. Durée de l'opération, une heure et demie. Bien que l'opération ait été laborieuse les suites furent des plus simples et la malade sortit guérie trois semaines après l'intervention.

Malgré ce bon résultat, je n'étais pas dépourvu d'appréhension au sujet de l'avenir, car je craignais d'avoir abandonné par mégarde au fond du pelvis quelque hydatide qui donnerait une récidive. Je fis donc au bout de quelques mois revenir ma malade et bien m'en prit, car dès que j'eus porté la main sur son ventre je constatai une nouvelle tumeur presque aussi grosse que la première. Je crus d'abord à l'existence d'un autre kyste pelvien, d'un kyste récidivé, mais j'acquis bientôt la conviction qu'il s'agissait d'un kyste du grand épiploon ou du mésentère. La tumeur était en effet de siège élevé, nettement abdominale et non pelvienne, elle était mobile dans toutes les directions, et

sonore dans la plus grande partie de son étendue ; nous verrons plus loin que cette sonorité était due au côlon transverse prolabé qui recouvrait le pôle supérieur de la tumeur.

La malade, non sans ennui, mais avec confiance, voulut bien consentir à une seconde intervention que j'ai pratiquée, il y a quelques jours à peine. Sitôt le ventre ouvert je tombe sur une tumeur bleuâtre, recouverte en grande partie par le tablier épiploïque qui lui est uni par des adhérences, les unes filamenteuses, les autres solides. Le côlon tranverse prolabé recouvre la partie supérieure de la tumeur et lui est uni par des adhérences assez étendues. Ponction, évacuation d'un demi-litre de liquide cristal de roche. La poche très mince se rompt et malgré les compresses, il a dû couler une petite quantité de liquide hydatique dans le péritoine. Incision de la poche, ablation de l'hydatide principale et de deux autres plus petites. Mon intention était de capitonner la poche, mince et transparente comme la paroi d'une hydrocèle, mais auparavant je désirai en réduire le volume en en excisant une partie. Dans ce but, dissection de la paroi avec une compresse. Petit à petit je suis amené à faire une ablation complète, ne laissant que deux petits fragments adhérents au côlon transverse. Suture de la paroi abdominale sans drainage. Actuellement la malade est au cinquième jour de son opération, et elle va aussi bien que possible. Elle n'a pas eu d'urticaire, mais s'est plainte de démangeaisons pendant une seule nuit.

Les kystes hydatiques du ligament large paraissent très rares, beaucoup plus rares que ne le sont les kystes hydatiques du Douglas lequel constitue un lieu d'élection pour l'ecchinocoque. Tandis que les kystes pelviens en général se comptent par centaines, c'est à peine s'il existe 7 cas authentiques de kystes hydatiques du ligament large. C'est du moins le chiffre auquel est arrivé M. le professeur Boursier, de Bordeaux, qui en a publié deux cas au Congrès international de 1900, section de gynécologie. J'ai moi-même fait quelques recherches à ce sujet et je dois dire qu'en dehors des cas signalés par M. Boursier je n'en ai point trouvé d'autres, je parle du moins de cas authentiques, car les auteurs n'ont pas toujours été difficiles sur ce point particulier et ont étiqueté un peu au hasard kystes du ligament larges, des kystes de l'ovaire, de la trompe ou bien des tumeurs englobant tous les organes du bassin. Même pour des tumeurs plus limitées la distinction n'est pas toujours facile, puisque nous voyons des savants de la valeur de Cruveilhier et de Charcot différer d'avis au sujet d'observations anciennes.

Ces vieilles observations sont d'ailleurs à peu près inutilisables à cause de leur manque de précision anatomique. Charcot lui-même qui critique Cruveilhier n'a pas su toujours se défendre d'une prévention

en faveur du sujet qui l'occupait, et il catalogue parmi les kystes du ligament large une tumeur qui faisait à la fois saillie dans le vagin et au périnée. Cette tumeur fut incisée par le vagin et on s'aperçut alors de sa nature hydatique. Ne s'agissait-il pas d'une tumeur siégeant au-dessous du releveur de l'anus, bien plus que dans le ligament large?

Je laisserai donc les anciennes observations et je ne retiendrai que les cas acceptés par M. Boursier. Ce sont ceux de Schatz, de Guinard, de Pinard, de Annie Clarke cité par L. Tait, de Walther, un cas dû à M. Pousson et celui de M. Boursier lui-même. Mon observation constitue la huitième. A l'aide de ce petit nombre de documents, je m'en vais esquisser à grands traits les caractères des kystes hydatiques du ligament large.

Tantôt le kyste est isolé ou paraît tel, comme dans les observations de Schatz, de Clarke, de Walther, de Pousson et de Boursier, tantôt il coexiste avec d'autres tumeurs de la cavité abdominale. Dans les faits de Guinard et de Pinard, il y avait en tout neuf kystes disséminés dans le foie, les épiploons, la fosse iliaque et le bassin. Dans le mien il n'y en avait que deux, un dans le ligament large et l'autre dans le grand épiploon. Les kystes *uniques* ou isolés, seraient donc plus fréquents que les kystes *multiples*, ce qui est le contraire pour les kystes du bassin en général. Il est juste toutefois d'observer que dans les cinq cas de kystes isolés, une seule fois, dans le fait de Schatz, il y a eu autopsie, et on peut se demander si dans les cas où les malades ont guéri, il ne s'est point ultérieurement développé une nouvelle tumeur ainsi que cela est arrivé pour ma malade.

Le *volume* est rarement très considérable. La plus petite tumeur avait le volume d'une mandarine (Walther), la plus grosse celui d'une tête d'adulte.

Le *siège* est tantôt franchement latéral, tantôt antéro-latéral, tantôt la tumeur en forme de fer à cheval à concavité interne embrasse l'utérus et proémine à la fois dans le cul-de-sac antérieur et dans le cul-de-sac postérieur d'un seul côté.

Ses *connexions* varient beaucoup. Tantôt elle est fusionnée avec l'utérus, l'artère utérine et l'uretère, comme dans mon cas. Tantôt elle se détache très facilement du ligament large qui la recouvre (Walther, Boursier), tantôt enfin et d'une façon exceptionnelle, le kyste développé dans l'aileron supérieur du ligament large n'adhère à ce dernier que par un pédicule long et mince (Pousson).

Son *contenu* est ou bien constitué par une seule hydatide, ou bien comme dans mon cas, il y a très peu de liquide et un nombre très considérable de vésicules filles. Cette particularité serait la règle pour certains auteurs dans les kystes hydatiques du petit bassin. Je dois dire que dans mon cas, il ne s'agissait pas à proprement parler de vésicules filles, c'est-à-dire de vésicules contenues dans l'hydatide principale, mais plutôt de vésicules sœurs, car, d'après ce qui m'a semblé, les petites vésicules étaient non pas dans, mais à côté de l'hydatide principale, le tout entouré d'une poche ou adventice unique. Il semble donc qu'un grand nombre de vésicules aient colonisé en même temps dans la même région. Il est vrai qu'on peut admettre plus simplement la formation de vésicules secondaires par développement exogène.

Les *symptômes* sont ceux d'une tumeur enclavée dans le ligament large. Cette tumeur est nettement pelvienne, elle bombe dans le cul-de-sac latéral ou antéro-latéral. Tantôt elle est indépendante de l'utérus (Walther, Boursier), tantôt elle paraît faire corps avec lui (Pousson, Savariaud). Sa forme est très régulière, sa consistance est tantôt fluctuante, tantôt rénittente, tantôt dure au point qu'on pense à une tumeur solide, à un fibrome par exemple.

Les troubles présentés par les malades sont tantôt des *douleurs*, parfois très vives, au point d'empêcher le sommeil (Boursier), tantôt il y a des *troubles de compression* notamment du côté des voies urinaires. La rétention d'urine est notée une seule fois dans le cas de Pousson. Elle affectait la forme de crises qui duraient quatre ou cinq jours et qui n'apparurent que trois fois en quatre ans. Cette rétention est due à la compression de l'urètre appliqué par la tumeur contre le pubis. Dans mon cas, il aurait pu y avoir hydronéphrose par compression de l'uretère. Les autres troubles urinaires observés ne paraissent pas très caractéristiques, la malade de Schatz avait des phénomènes de cystite, celle de Boursier un peu d'incontinence, mais celle-ci était bien plutôt due à un léger degré de prolapsus. Enfin, la tumeur peut ne se révéler par aucun symptôme jusqu'au jour où éclatent des phénomènes péritonéaux, comme dans mon observation personnelle, ou bien jusqu'au moment où elle met obstacle à l'accouchement comme dans le fait de M. Pinard.

Le *diagnostic* complet de kyste hydatique du ligament large n'a été porté qu'une seule fois, par Schatz qui avait observé quelque temps auparavant une tumeur semblable. M. Boursier avait fait le diagnostic

de kyste enclavé du ligament large ; c'est le diagnostic à faire lorsque la tumeur est fluctuante et indépendante de l'utérus. M. Pousson et moi-même avons pensé à un fibrome malgré l'absence d'hémorragies, à cause des connexions de l'utérus avec la tumeur.

La *pathogénie* des kystes hydatiques pelviens et ceux du ligament large en particulier renferme des obscurités.

La théorie qui semble le plus généralement admise est celle qui fait dériver ces kystes d'un kyste hydatique du foie, qui s'est rompu en mettant en liberté des vésicules filles qui vont se collecter au fond du bassin et donnent lieu à des kystes secondaires.

Cette théorie se vérifie dans un certain nombre de cas. Dans celui de Walther, la malade avait présenté quelques années avant les signes d'une rupture de kyste hydatique. A la suite du traumatisme, elle avait éprouvé une poussée péritonéale avec urticaire, et quelque temps après avait commencé à éprouver les troubles qui l'amenèrent à l'hôpital. Mais dans la majorité des cas ces commémoratifs manquent, ainsi d'ailleurs que les signes d'un kyste hydatique du foie ou de la rate. Force est alors de rechercher un autre mécanisme.

Au lieu d'invoquer une *greffe* de vésicules déjà développées, on peut admettre une *migration*, une *exode* de l'embryon exacanthe mis en liberté dans l'intestin, lorsque la coque de l'œuf qui le renferme a été dissoute par les sucs digestifs. Deux voies sont possibles pour expliquer l'arrivée de cet embryon dans le ligament large, la voie intestino-péritonéale et la voie circulatoire.

La voie *intestino-péritonéale* me paraît être le plus généralement suivie ; elle s'adapte très bien à mon cas particulier, de même qu'à tous les cas possibles. Voici comment les choses se passent. Un ou plusieurs embryons exacanthes perforent l'intestin, ce qui leur est facile, grâce aux crochets et à la mobilité dont ils sont doués. Ils arrivent alors dans le péritoine libre, et, une fois là, tantôt ils s'enkystent sur place, dans le grand épiploon par exemple, tantôt ils tombent au fond de la cavité pelvienne et, suivant le cas, colonisent dans le cul-de-sac de Douglas, dans le ligament large ou dans le tissu cellulaire prévésical.

La voie *circulatoire* me paraît beaucoup plus douteuse. Sans doute, c'est par la voie sanguine que l'embryon exacanthe peut envahir les os, les muscles, le cerveau, etc. Il peut donc en être de même pour le péritoine, le ligament large, les organes pelviens, mais alors comment expliquer ces cas de kystes multiples où on trouve, comme dans

l'observation du professeur Pinard, neuf tumeurs disséminées dans tous les points de l'abdomen et développées les unes dans les viscères, les autres dans l'épiploon, les autres dans le péritoine ou le tissu cellulaire pelvien? Si une même artère se rendait à des organes aussi variés, on pourrait admettre que la même embolie aurait ensemencé du même coup des régions aussi éloignées les unes des autres, mais ce n'est certainement pas le cas, et il est bien plus simple d'admettre qu'un groupe d'échinocoques partis de l'intestin ont perforé ce dernier, et les uns par l'intermédiaire de la veine porte, les autres à travers le péritoine ont été infecter la plupart des organes abdominaux.

Enfin, il est une dernière voie qui a été admise par Freund, c'est la voie vaginale. Mais elle dénote chez son auteur tellement d'imagination et si peu de jugement que je ne saurais m'y attarder longtemps. Il faudrait admettre que des œufs de tænia déposés par la langue d'un chien sur le clitoris de la femme (*sic*), l'embryon exacanthe serait mis en liberté, traverserait la muqueuse si épaisse du vagin et irait coloniser dans le tissu cellulaire si dense du ligament large! Cela nous rappelle presque, mais au rebours, l'histoire de ce haricot qui avait pénétré dans la vessie par les voies mystérieuses de la circulation!

Le *traitement* ne saurait prêter à de longues discussions. Sans doute, la ponction ou l'incision par le vagin sont capables de donner des succès, témoin un fait assez récent de M. Schwartz[1] concernant un kyste hydatique du Douglas. Mais outre qu'il faudrait faire d'abord le diagnostic, un kyste du ligament large me paraît moins facilement accessible qu'un kyste du Douglas. Il y a là le danger de l'utérine et surtout de l'uretère. Enfin, suivant la remarque de M. Hartmann[2], le vrai motif qui doit nous faire abandonner la voie vaginale, c'est qu'elle ne nous permet pas d'explorer les différentes régions de l'abdomen. Cette considération toutefois devrait céder le pas à la crainte d'inoculer le péritoine, si le kyste présentait des signes de suppuration. Dans ce cas, la large incision par le vagin, suivie d'évacuation des hydatides, constituerait la méthode de choix. Le drainage se ferait très bien par cette voie déclive, et le choc opératoire serait réduit au minimum.

Restent les cas où le diagnostic n'est pas fait, et où la tumeur est aseptique. Ici, pas de doute, il faut passer par l'abdomen. Une fois en

1. Schwartz. — In *Thèse* de Dermigny, Paris, 1894.
2. Hartmann. — In *Thèse* de Lhuillier, Paris, 1903.

présence du kyste, on aura le choix entre trois méthodes : l'extirpation, la méthode de Delbet et la marsupialisation.

L'extirpation est la méthode de choix, lorsque le kyste est pédiculé ou facilement énucléable. Elle doit céder le pas à la méthode de Delbet lorsque le kyste est fusionné avec tous les organes pelviens, et pour ma part je me repens de ne l'avoir pas essayée. Quant à la marsupialisation, on la réservera aux kystes suppurés. Dans tous les cas, on ne refermera le ventre qu'après s'être assuré qu'il n'existe pas une autre tumeur de même nature.

LISTE DES TRAVAUX ORIGINAUX

PUBLIÉS PAR

LA REVUE DE GYNÉCOLOGIE ET DE CHIRURGIE ABDOMINALE

Pendant l'année 1902.

La colpotomie, traitement opératoire de choix du pyosalpinx, par M. Hector Treub (d'Amsterdam), avec 39 figures.

De la grossesse interstitielle, par M. Muret (de Lausanne), avec 2 figures.

Quelques points de l'anatomie des grossesses tubaires en évolution, par M. A. Couvelaire, avec 13 figures.

Les rétrécissements multiples de l'intestin grêle, par M. Patel (de Lyon).

Cancer du cæcum et cancer de l'S iliaque, par M. Gouilloud (de Lyon), avec 2 figures.

De l'hépatoptose et de son traitement par l'hépatopexie, par M. Henri Judet, avec 6 figures.

Énucléation par voie abdominale des fibromes utérins, par M. Louis Loubet, avec 8 figures.

De l'anatomie pathologique de la pseudo-endométrite, par M. N. J. F. Pompe van Meerderwoort (de la Haye), avec 5 figures et 1 planche.

Les affections blennorragiques du système nerveux chez la femme, par M. J. Kalabine (de Moscou).

De la grossesse ovarienne, par MM. Mendes de Léon et Holleman (d'Amsterdam (avec 2 figures et 1 planche en couleur).

Contribution à l'étude des tumeurs tératoïdes de l'abdomen, par M. Brouha (de Liége), avec 1 planche.

Sur un cas de fibromyome de la trompe, par MM. G. Carrière et O. Legrand (de Lille), avec 1 figure.

De la résection segmentaire et simultanée du petit et du gros intestin, par MM. F. Jaylé et M. Beaussenat, avec 20 figures.

Laparocèle gauche congénitale due à un arrêt de développement partiel des muscles de la paroi abdominale, par M. Eugène Audard.

Procédé opératoire pour la cure des grands prolapsus génitaux, par MM. G. Bouilly et Robert Lœwy, avec 10 figures.

L'éclairage de la cavité abdominale (ventroscopie) comme méthode d'examen dans les cas de cœliotomie vaginale, par le professeur Dmitri de Ott (de Saint-Pétersbourg), avec 9 figures.

Contribution à l'étude de la tuberculose primitive du canal cervical de l'utérus, par M. Brouha (de Liége), avec 1 figure.

La technique de l'opération de Maydl dans la cure de l'exstrophie vésicale, par M. Émile Forgue, avec 10 figures.

Traitement de choix de l'anus herniaire (résection, fermeture des deux bouts et entéro-anastomose), par M. Victor Pauchet, avec 5 figures.

Indications et résultats de l'hystérectomie dans le cancer de l'utérus, par M. S. Pozzi.

Traitement chirurgical du cancer de l'utérus, par M. Thomas Jonnesco (de Bucarest), avec 52 figures.

Traitement chirurgical du cancer de l'utérus, par M. E. Wertheim (de Vienne).

Traitement opératoire du cancer de l'utérus, par M. Thomas S. Cullen (de Baltimore).

Traitement chirurgical du cancer de l'utérus, par M. W. A. Freund (de Berlin).

L'hystérectomie comme traitement de l'infection puerpérale, par M. W. A. Freund (de Berlin).

Indications de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale, par M. Th. Tuffier.

L'hystérectomie dans le traitement de l'infection puerpérale, par M. Hector Treub (d'Amsterdam).

L'hystérectomie comme traitement de l'infection puerpérale, par M. Léopold (de Dresde).

L'hystérectomie dans le traitement de l'infection puerpérale, par M. le professeur H. Fehling (de Strasbourg).

Contribution à l'étude de la tuberculose génitale chez la femme, par M. le professeur J.-A. Amann (de Munich).

La tuberculose génitale, par M. J.-L. Faure.

De la tuberculose génitale, par M. le professeur A. Martin (de Greifswald).

De la tuberculose génitale, par M. le professeur J. Veit (de Leyde).

L'anatomie de l'utérus des quadrupèdes démontre la nécessité de la menstruation chez les bipèdes, par M. Arthur W. Johnstone (de Cincinnati, Ohio).

L'âge de la première menstruation au pôle et à l'équateur, par M. Geo. J. Engelmann (de Boston).

Congrès périodique international de gynécologie et d'obstétrique (tenu à Rome du 15 au 21 septembre 1902).

Séance du 17 septembre. — 3e question : La tuberculose génitale, par MM. Gutierrez, Pichevin, Spinelli, von Franque, Pozzi, Theikhaber, S. Gottschalk, Martin, Amann, Veit.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette. — 5736.